

**Patient Information (Información del Paciente)**

Please Print (Hagan el favor de escribir en letra de imprenta)

**Name** \_\_\_\_\_ **Sex** M / F  
(Nombre) **First** (Apellido) **Last** (Segundo) **Middle**

**Date of Birth** \_\_\_\_\_ **Social Security Number** \_\_\_\_\_ **HT** \_\_\_\_\_ **WT** \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento) (Número de Seguro Social) (Altura) (Peso)

**Address** \_\_\_\_\_ **Apt #** \_\_\_\_\_  
(Dirección)

**City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **ZIP Code** \_\_\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal) (Edad)

**Cell Ph** (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ **Home Ph** (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_

**Marital Status:** **Single** / **Married** / **Divorced** / **Widowed** / **Separated** / **Partnered**  
(Estado Civil) *Soltero(a)* *Casado(a)* *Divorciado(a)* *Viudo(a)* *Separado(a)* *Asociado(a)*

**Employment:** **None** / **Full Time** / **Part Time** / **Student** / **Retired** / **Disabled**  
(Sin Empleo) (Tiempo Completo) (Tiempo Medio) (Estudiante) (Retirado) (Discapacitado)

**Employer** \_\_\_\_\_ **Occupation** \_\_\_\_\_ **Work #** (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_  
(Empleo) (Ocupación)

**Employer Address** \_\_\_\_\_  
(Dirección de empleador)

**Job Duties** \_\_\_\_\_  
(Responsabilidades de trabajo)

**Emergency Contact Information (Contacto de Emergencia)**

**Name** \_\_\_\_\_ **Relationship** \_\_\_\_\_ **Sex** M / F  
(Nombre) (Relacion) (Sexo)

**Cell Ph** (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ **Home Ph** (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

**Who may we thank for referring you, please be specific?** \_\_\_\_\_  
(¿Quién le podemos agradecer por su referencia, por favor sea específico?)

**Health Insurance/Workers Compensation Carrier (Información del Seguro Médico/Compensación al trabajador)**

**Insurance Company** \_\_\_\_\_ **Providers Only #** (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_  
(Compañía Aseguradora) (Número de Proveedores)

**Insured Name** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_  
(Nombre del asegurado) (Fecha de Nacimiento)

**Insurance Address** \_\_\_\_\_  
(Dirección)

**City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **ZIP Code** \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

**Member ID** \_\_\_\_\_ **Group #** \_\_\_\_\_ **Employer** \_\_\_\_\_  
(ID Miembro) (Número de Grupo) (Empleador)

(Office Use Only)	(Uso de la Oficina Solamente)
Effective Date: _____ Type of Plan _____	
Chiropractic Benefits? Yes / No Percentage _____% Number of Visits Allowed _____	
Deductible? Yes / No Amount? \$_____/ \$_____met Co-Pay? Yes / No Amount? \$_____	
Waiting Period _____ Referral Needed _____ Authorization Needed _____	
<b><u>Benefit Levels</u></b>	
Examination by a Chiropractor _____	
Adjustment/Manipulation _____	
Radiology/X-Rays/MRI _____	
Physical Therapy/Modalities _____	
Massage Therapy _____	
Accupuncture _____	
Durable Medical Equipment _____	
Supports (Cervical Pillows, Lumbar Support, Orthotics) _____	

**ADDITIONAL NOTES:**

**Slip/Trip/Fall or Workers Compensation Accident Information / Injury Information**  
**(Información del Deslice o Compensación a los Trabajadores / Información de Lesión)**

\*Please be detailed with your answers, this sheet will be forwarded to your attorney/insurance company\*  
*(\*Por favor, sea detallado con sus respuestas, esta hoja se enviará a su abogado/compañía de seguro\*)*

**Name of place where the accident happened?** \_\_\_\_\_  
(Nombre del lugar donde ocurrió el accidente?)

**Address** \_\_\_\_\_  
(Dirección)

**Contact person at location?** \_\_\_\_\_ **Ph (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_**  
(Persona de contacto) (Telefono)

**Attorney Name** \_\_\_\_\_ **Phone (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_**  
(Nombre de su abogado) (Teléfono)

**Attorney Address** \_\_\_\_\_  
(Dirección del abogado)

Slip/Trip/Fall Accident Information (Información sobre el deslice)

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Accident \_\_\_\_\_ Time of Accident \_\_\_\_:\_\_\_\_ AM/ PM

What did you slip/trip/fall on: (Water, Ice, Rug, etc...) \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que usted se cayó/deslizo en: (agua, hielo, alfombras, etc ...)

When you slipped/tripped, did you fall to the ground? YES / NO

(¿Cuando se resbaló / tropezó, te caíste al suelo?)

Did you hit your head? (¿Te golpeaste la cabeza?) YES / NO

Did you lose consciousness? (¿Ha perdido la conciencia?) YES / NO

How did you land: (on back, hands, knees, etc...) YES / NO

¿Cómo aterrizo: (en la espalda, las manos, rodillas, etc ...)

Did you sustain any cuts, scrapes, bruises from the fall, if yes where? YES / NO

¿Sufrió algún corte, raspaduras, magulladuras de la caída, si es así donde? \_\_\_\_\_

Provide any details you would like us to know regarding the accident: (Proporcionar cualquier detalle que le gustaría que supiéramos sobre el accidente:)

Treatment (Tratamiento)

Did you go to the hospital? Yes / No How did you get to the hospital? \_\_\_\_\_

(¿Fuiste al hospital?) (¿Cómo llegaste al hospital?)

When did you go? Immediately after the accident / Next day / 2 days or more after accident

¿Cuándo fue? Inmediatamente después del accidente / día siguiente / 2 días o más después del accidente

Name of Hospital \_\_\_\_\_ X-Rays Taken? \_\_\_\_\_

(Nombre del hospital) (Tomaron Radiografías)

Treatment Received (Example: stitches, cast/splint, medications): (Tratamiento recibido) (i.e. puntos de sutura, yeso/férula, medicamentos)

Have you received physical therapy treatment for this accident? YES / NO

(¿Ha recibido tratamiento de fisioterapia para este accidente?)

Other diagnostic test that may have been done: (Otra prueba de diagnóstico que pueden haber hecho)

CT SCAN / MRI / ULTRASOUND Tomografía Computarizada / Tomografía por Resonancia Magnética / Ultrasonido

**Injury (Lesión)**

List ALL areas of pain/complaint that is directly related to this accident. On a scale of 1-10, 10 being the most painful. Also, please let us know if you have had this pain previously. *Enumere todas las áreas de dolor/molestia que está directamente relacionada con el accidente. En una escala de 1 a 10, 10 es la más dolorosa. También, por favor, háganos saber si usted ha tenido este dolor antes.*

Complaint (Queja) (i.e. Headaches, Low Back pain, Numbness on hand etc... (i.e. Dolores de Cabeza, Dolor de Espalda Baja, Entumecimiento en la Mano, etc...))	Rate Your Pain Califique su dolor 1-10	Had this complaint before? Tenía esta queja antes? Yes / No
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**What makes your pain feel better?** Rest / Medicines / Heat / Ice / Stretching / Lying Down  
 ¿Qué hace que el dolor se sienta mejor? Descanso / Medicamentos / Calor / Hielo / Estiramiento / Acostado

**What makes your pain feel worse?** Sitting / Standing / Bending / Lifting / Walking / Lying Down  
 ¿Qué hace que el dolor se sienta peor? Sentado / De Pie / Flexión / Levantamiento / Caminar / Acostado

**Do you have any numbness or tingling?** YES / NO **Where?** \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene algún entumecimiento u hormigueo? ¿Dónde?

**These are questions more closely related to a worker compensation case, if this applies to you please continue:** (Estas son las preguntas más estrechamente relacionados con un caso de compensación de trabajadores, si esto se aplica a usted por favor continuar)

**Was the accident reported to your employer?** YES / NO **If yes, who?** \_\_\_\_\_  
 (¿Fue el accidente informado a su empleador?) (En caso afirmativo, ¿quién?)

**If no, why have you not reported your incident?** \_\_\_\_\_  
 (Si no, ¿por qué no informó el incidente?)

**Have you lost time from work?** YES / NO **If yes, how much?** \_\_\_\_\_  
 (Ha perdido tiempo de trabajo?) (En caso afirmativo, ¿cuánto?)

Please **INITIAL** once you have read the following: I clearly understand and agree that all services rendered are charged directly to me. I will be responsible for any charges incurred, regardless of the outcome of my case or denied benefits. (Escriba sus **INICIALES** una vez que haya leído lo siguiente: Entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados se cargan directamente a mí. Yo seré responsable de los gastos incurridos, sin importar el resultado de mi caso o niegan los beneficios. \_\_\_\_\_)

**Thank you for your patience filling out these forms.**  
 Gracias por su tiempo y paciencia llenar estos formularios a usted.

**I certify that the above information is correct to the best of my knowledge.**  
 Certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

**Patient Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
 (Firma del paciente) (Fecha)

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Fecha)

**Health History**

**Check all that apply:** (Marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> AIDS/HIV (Sida/VIH)	<input type="checkbox"/> CATARACTS (Cataratas)	<input type="checkbox"/> HIGH CHOLESTEROL (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS (Osteoporosis)
<input type="checkbox"/> ALCOHOLISM (Alcoholismo)	<input type="checkbox"/> HERNIA (Hernia)	<input type="checkbox"/> CHEMICAL DEPENDENCY (Dependencia de drogas)	<input type="checkbox"/> PARKINSON'S DISEASE (Enfermedad de Parkinson)
<input type="checkbox"/> ANEMIA (Anemia)	<input type="checkbox"/> DIABETES (Diabetes)	<input type="checkbox"/> HERNIATED DISC (Hernia de disco)	<input type="checkbox"/> PINCHED NERVE (Nervio Pellizcado)
<input type="checkbox"/> ARTHRITIS (Arthritis)	<input type="checkbox"/> EMPHYSEMA (Enfisema)	<input type="checkbox"/> KIDNEY DISEASE (Enfermedad renal)	<input type="checkbox"/> PNEUMONIA (Neumonía)
<input type="checkbox"/> ASTHMA (Asma)	<input type="checkbox"/> EPILEPSY (Epilepsia)	<input type="checkbox"/> LIVER DISEASE (Enfermedad del hígado)	<input type="checkbox"/> PROSTATE PROBLEMS (Problemas de próstata)
<input type="checkbox"/> MIGRAINES (Migrañas)	<input type="checkbox"/> FRACTURES (Fracturas)	<input type="checkbox"/> BLEEDING DISORDERS (Trastornos Hemorrágicos)	<input type="checkbox"/> RHEUMATOID ARTHRITIS (Artritis reumatoide)
<input type="checkbox"/> BRONCHITIS (Bronquitis)	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA (Glaucoma)	<input type="checkbox"/> MONONUCLEOSIS (Mononucleosis)	<input type="checkbox"/> BREAST LUMP (Bulto en el pecho)
<input type="checkbox"/> CANCER (Cancer)	<input type="checkbox"/> GOUT (Gota)	<input type="checkbox"/> MULTIPLE SCLEROSIS (Sclerosis múltiples)	<input type="checkbox"/> THYROID PROBLEMS (problemas de la tiroides)
<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS (Tuberculosis)	<input type="checkbox"/> PROSTHESIS (Prótesis)	<input type="checkbox"/> HEART DISEASE (Enfermedad del corazón)	<input type="checkbox"/> STD (enfermedad de transmisión sexual)
<input type="checkbox"/> TUMORS (Tumores)	<input type="checkbox"/> POLIO (Polio)	<input type="checkbox"/> PSYCHIATRIC CARE (Atención psiquiátrica)	<input type="checkbox"/> STROKE (Derrame Cerebral)
<input type="checkbox"/> PACEMAKER (Marcapasos)	<input type="checkbox"/> HEPATITIS (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> HIGH BLOOD PRESSURE (Hipertensión)	<input type="checkbox"/> MISCARRIAGE (Aborto Involuntario)

**Have you ever been to a chiropractor?** (¿Alguna vez has ido a un quiropráctico?) YES / NO

**When was the last time you visited your medical doctor?** \_\_\_\_\_  
 (¿Cuándo fue la última vez que visitó a su médico?)

**Have you ever had a work-related injury?** YES / NO  
 (¿Alguna vez has tenido una lesión relacionada con el trabajo?)

**Have you ever been in a car accident?** YES / NO  
 (¿Alguna vez has estado en un accidente de coche?)

**Have you ever had any surgeries or injuries?** (¿Ha tenido alguna cirugía o lesiones?)

Injury (Lesión)	Date (Fecha)	Description (Descripción)
Falls (Caídas)		
Broken Bones (Huesos rotos)		
Dislocations (Dislocaciones)		
Surgeries (Cirugías)		

**In the last 24 months have you been to any of the following?**

(En los últimos 24 meses, ¿ha estado en cualquiera de los siguiente?)

Physical Therapist (Fisioterapeuta) YES / NO Last Visit? (Ultima Visita) \_\_\_\_\_

Medical Specialist (Médico especialista) YES / NO Last Visit? (Ultima Visita) \_\_\_\_\_

Do you exercise? YES / NO With what frequency? \_\_\_\_\_  
(¿Hace ejercicio?) (¿Con qué frecuencia?)

Describe your level of activity while at work? (Describa su nivel de actividad, mientras esta en el trabajo?)  
Sitting / Standing / Walking / Light Labor / Heavy Labor  
Sentado / De Pie / Caminar / Trabajo Ligero / Trabajo Pesado

Do you smoke? YES / NO How long does 1 pack last you? \_\_\_\_\_  
(¿Fuma?) (¿Cuánto tiempo le dura un paquete?)

Do you drink alcohol? YES / NO With what frequency? \_\_\_\_\_  
(¿Bebe alcohol?) (¿Con qué frecuencia?)

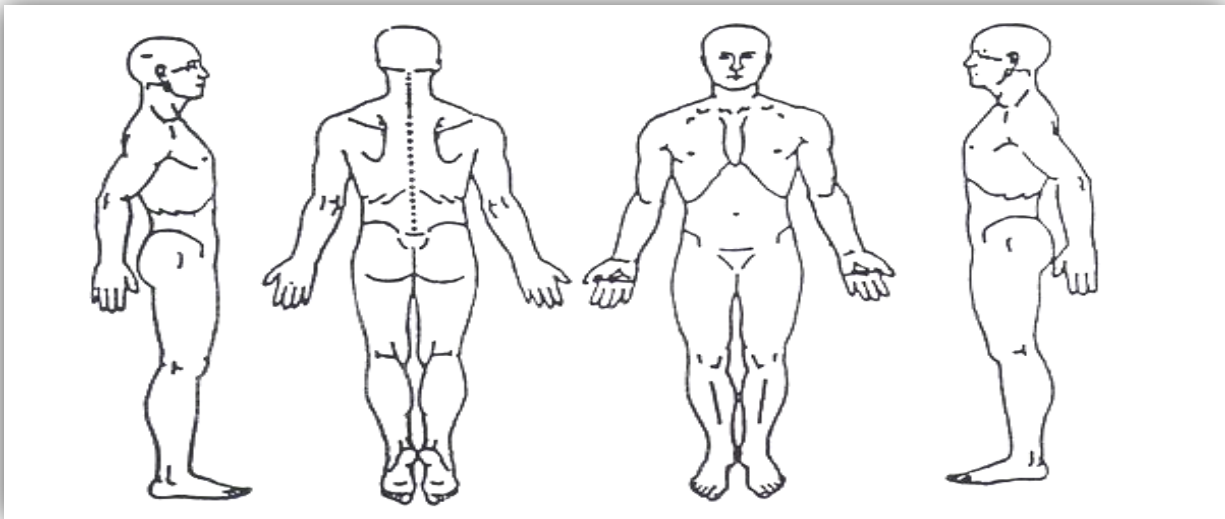
Are you pregnant? YES / NO When is your due date? \_\_\_\_\_  
(¿Está embarazada?) (¿Fecha probable de parto?)

**MEDICATIONS**

Please list all supplements, vitamins, prescriptions and over the counter medication you are currently taking: (Anote todos los suplementos, vitaminas, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre que está tomando actualmente) \_\_\_\_\_

Please mark all the areas of injury or discomfort on the human diagram below, use appropriate symbols. (Por favor, marque todas las áreas de la lesión o molestia en el diagrama humano que sigue, utilizar los símbolos correspondientes.)

[ACHE ^^^^] [BURNING oooo] [NUMBNESS ----] [PINS & NEEDLES xxxxx] [STABBING ////]  
[Dolor ^^^^] [Ardor oooo] [Entumecimiento ----] [Hormigueo xxxxx] [Punzante ////]



Rate the severity of your pain on a scale from 1 (least pain) to 10 (severe pain) \_\_\_\_\_  
Caul es la gravedad de su dolor en una escala de 1 (menor dolor) a 10 (dolor intenso)

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Firma del paciente) (Fecha)

**Daily Activity Checklist**

This checklist is designed to help your chiropractor understand how each activity affects your daily routine. Place a check mark (✓) in only **ONE** column for each activity. If your activity is not listed then please use the blank boxes provided.

Esta lista de verificación está diseñada para ayudar a su quiropráctico entender cómo cada actividad afecta a su rutina diaria. Coloque una marca de verificación (✓) en **UNA** sola columna para cada actividad. Si la actividad no está en la lista, por favor utilice los cuadros en blanco provistos.

<b>ACTIVITY</b> (Actividad)	<b>UNABLE</b> (Incapaz)	<b>DIFFICULT</b> (Difícil)	<b>EXTRA EFFORT</b> (Esfuerzo adicional)	<b>SOME EFFORT</b> (Un poco de esfuerzo)	<b>EASY TO DO</b> (Fácil de hacer)	<b>NO EFFECT</b> (Ningún efecto)
<b>Sitting</b> (Sentado)						
<b>Standing</b> (De Pie)						
<b>Bending</b> (Doblado)						
<b>Lifting</b> (Levantamiento)						
<b>Walking</b> (Caminar)						
<b>Lying Down</b> (Acostado)						
<b>Sleeping</b> (Sueño)						
<b>Driving</b> (Manejando)						
<b>Working</b> (Trabajando)						
<b>Housework</b> (Quehaceres de la casa)						
<b>Dressing</b> (Vestirse)						
<b>Personal Hygiene</b> (Higiene personal)						
<b>Caring for Children</b> (Cuidado de niños)						
<b>Using Computer</b> (Usando la computadora)						
<b>Exercising</b> (Ejercicio)						
<b>Watching TV</b> (Viendo televisión)						
<b>Cooking</b> (Cocinar)						
<b>Climbing Stairs</b> (Subir escaleras)						

**Is there anything else you would like us to know?** (¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Patient Signature** (*Firma*) \_\_\_\_\_ **Date** (*Fecha*) \_\_\_\_\_

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD)**

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY (POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE)

This notice describes how medical information about you may be used, disclosed and how you can get access to this information. Law requires us to keep your medical information private, have you sign this notice describing our legal duties, privacy practices and your rights regarding you medical information and follow the terms of the notice that is now in effect. We have the right to change our privacy practices and the terms of this notice at any time, provided that the changes are permitted by law. Before we make any important change we will give notice and make the new notice available upon request. The use and disclosure of your medical information permitted by law may be released for any of the following reasons:

**For Treatment, Payment, Court Orders/Judicial Proceeds and Healthcare Operations**

- ⇒ Treatment – We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, or other people who are assisting in your healthcare treatment.
- ⇒ Payment – Payments refers to Optimum Chiropractic & Health Center, LLC in collecting payment for health services provided.
- ⇒ Court Orders/Judicial Proceeds – We may disclose medical information in response to a court or administrative order, subpoena, discovery request or any other lawful process. Under limited circumstances we may share your information with the law enforcement officials.
- ⇒ Healthcare Operations – This regards the basic business management, planning and development, administrative and quality assurance functions necessary to operate your health plan.

You have the right to see your medical information and receive copies at any time. If you request copies, you will be charged \$0.50 per page and postage if you want the copies mailed to you. You may also request additional restrictions on your medical records; any request must be in written form.

**Español**

*Este aviso describe cómo se puede usar la información médica sobre usted, divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. La ley requiere que mantengamos su información médica privada, ha de firmar este aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a que la información médica y cumplir con los términos del aviso que está actualmente en efecto. Tenemos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando los cambios sean permitidos por la ley. Antes de hacer cualquier cambio importante nosotros cambiaremos este aviso y hacer el nuevo Aviso disponible bajo petición. El uso y divulgación de su información médica que permita la ley pueden ser despachados a cualquiera de las siguientes razones:*

**Para Tratamiento, Pago, Tribunal Pedidos/Cobros Judiciales y Operaciones de Salud**

- ⇒ Tratamiento - Podemos revelar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, u otras personas que están ayudando en su tratamiento de salud.
- ⇒ Pago - Los pagos se refiere al Optimum Chiropractic & Health Center, LLC en la recolección de pago por los servicios de salud prestados.
- ⇒ Tribunal Pedidos/Cobros Judiciales - Podemos revelar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal. Bajo circunstancias limitadas, podemos compartir su información con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
- ⇒ Operaciones de Salud - Este se refiere a la gestión empresarial básica, planificación y desarrollo, administración y funciones de control de calidades necesarias para hacer funcionar su plan de salud.

*Usted tiene el derecho a ver su información médica y recibir copias en cualquier momento. Si solicita copias, se le cobrará \$ 0.50 por página y franqueo si desea que las copias sean enviadas a usted. También puede solicitar restricciones adicionales sobre su historial médico, cualquier solicitud debe ser por escrito.*

**By signing below I acknowledge that I have received and reviewed all the information pertaining to the Notice of Privacy Practices. The Doctor is authorized to treat me and will not be held responsible for any pre-existing medically diagnosed conditions, nor for any medical diagnosis. (Al firmar abajo, reconozco que he recibido y revisado toda la información relacionada con el Aviso de Prácticas de Privacidad. El médico está autorizado para tratarme médicamente y no se hace responsable de las condiciones médicas diagnosticadas pre-existente, ni por cualquier diagnóstico médico.)**

**Patient Signature** \_\_\_\_\_  
(Firma)

**Date** \_\_\_\_\_  
(Fecha)



**Financial Policy (Política Financiera)**

This form should be read carefully (*Este formulario debe ser leído cuidadosamente*)

**Please check what better applies to you, then read the corresponding description:** (*Compruebe que mejor se aplica a usted, a continuación, leer la descripción correspondiente:*)

\_\_\_\_\_ **I am Cash/Self Pay Patient includes Personal Injury & Workers Comp Cases**  
(*Pacientes que pagan en efectivo incluye los casos de lesiones personales y compensación de los trabajadores*)

\_\_\_\_\_ **I am an Insurance/Medicare Patient** (*Pacientes con Seguros o Medicare*)

**Cash/Self Pay Patient includes Personal Injury & Workers Comp Cases**

Please know that payment is due at the time services are rendered, unless prior arrangements have been made. If for any reason you cannot attend your scheduled appointment, kindly call our office within 8-48 hours to cancel or reschedule. If you fail to do so, you will be charged a \$15 Cancellation/Missed Appointment Fee. We understand there are times when you may not be able to attend your appointment due to emergencies, work or family. However, when you do not call to cancel an appointment, you may be preventing another patient from getting much needed treatment. (*Por favor, sepan que el pago es debido en el momento que se prestan los servicios, a menos que se han hecho arreglos previos. Si por alguna razón usted no puede asistir a su cita, llame amablemente a nuestra oficina dentro de 8 a 48 horas para cancelar o reprogramar. Si no lo hace, se le cobrará una tarifa de \$15 por cita perdida o cancelada. Entendemos que hay ocasiones en las que no pueda asistir a la cita debido a las emergencias, el trabajo o la familia. Sin embargo, cuando usted no llama para cancelar una cita, usted puede estar impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesitan.*)

**Insurance/Medicare Patients**

We will gladly verify your benefits once your intake forms are completed. If you wish our office to handle this prior to your initial visit, we will need your Name, Date of Birth, Insurance ID Number and Provider Phone Number that is listed on the back of your insurance card. Please know that co-pays, deductible and/or co insurance fees are due at the time services are rendered. It is important to understand the obligation you have with our facility is to pay for your treatment received, regardless of the amount that may or may not be reimbursed by your insurance carrier. Our office will kindly submit claims on your behalf and complete all required forms but we do not take responsibility for the outcome of the transaction. In the case of your office visits requiring a referral, you will be responsible for obtaining that referral beforehand. If you agree to be treated without the referral, you will be held liable for all charges incurred. If for any reason you cannot attend your scheduled appointment, kindly call our office within 8-48 hours to cancel or reschedule. If you fail to do so, you will be charged a \$15 Cancellation/ Missed Appointment Fee. We understand there are times when you may not be able to attend your appointment due to emergencies, work or family. However, when you do not call to cancel an appointment, you may be preventing another patient from getting much needed treatment. (*Estaremos encantados de verificar sus beneficios una vez que se hayan completado los formularios de admisión. Si desea, nuestra oficina puede manejar estos procedimientos antes de su visita inicial, necesitaremos su nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número de identificación de seguro y número de proveedores que figuran en el reverso de su tarjeta de seguro. Por favor, sepa que las tasas de seguros de los co-pagos, deducibles y / o co-seguros son debidos en el momento que se prestan los servicios. Es importante entender la obligación que tiene con nuestro centro es pagar su tratamiento recibido, independientemente de la cantidad que pueden o no pueden ser reembolsados por su compañía de seguros. Nuestra oficina presentará amablemente reclamaciones en su nombre y completar todos los formularios requeridos, pero no tomamos responsabilidad por el resultado de la transacción. En el caso, las visitas al consultorio requieren una referencia, usted será responsable de obtener la remisión antemano. Si usted se compromete a ser tratado sin la referencia, usted será responsable de todos los cargos incurridos. Si por alguna razón usted no puede asistir a su cita, llame amablemente a nuestra oficina dentro de 8 a 48 horas para cancelar o reprogramar. Si no lo hace, se le cobrará una tarifa de \$15 por cita perdida o cancelada. Entendemos que hay ocasiones en las que no pueda asistir a la cita debido a las emergencias, el trabajo o la familia. Sin embargo, cuando usted no llama para cancelar una cita, usted puede estar impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesitan.*)

I do hereby acknowledge and agree that I have read all the information provided above. In the event that there is an unsettled balance with Optimum Chiropractic & Health Center, LLC and my account gets forwarded to a collections agency and/or attorney I will be responsible for all associated charges, courts costs and attorney fees incurred. (*Yo reconozco y acepto que he leído toda la información proporcionada anteriormente. En el caso de que exista un saldo de cuenta inestable con Optimum Chiropractic & Health Center, LLC y mi cuenta es enviada a una agencia de colecciones y/o abogado seré responsable de todos los cargos asociados, los costos de tribunales y honorarios de abogados incurridos.*)

**Patient Signature(Firma)** \_\_\_\_\_ **Date(Fecha)** \_\_\_\_\_

## INFORMED CONSENT

Every type of healthcare procedure carries a certain level of risk. This does not exclude chiropractic care. We feel it is our duty to inform every patient that walks through our doors seeking our services about the possible problems that are associated with chiropractic healthcare. Therefore you can make an informed decision whether or not you would like to move forward with your treatment.

**What is an adjustment?** An adjustment is a procedure in which trained specialists use their hands, mechanical table, or a small hand held instrument to apply a controlled, sudden force to a spinal joint. The goal of chiropractic adjustment or spinal manipulation is to correct structural alignment, improve your body's physical function/mobility.

Our office may use trained staff to aid our specialist with portions of your consultation, examination, radiological procedures and treatment modalities. At times when your doctor is not available you may be seen and/or treated by another doctor. Should you decide you do not want to see the assigned specialist, please let our staff know immediately and we will honor your request. We will do everything in our power to make you feel at ease throughout the course of your treatment. Please be sure to always communicate with your doctor should you have any questions or concerns. If at any time during your treatment we encounter a non-chiropractic finding, we will inform you of those findings and recommend you seek the services of another healthcare professional.

Slight reported risks associated with chiropractic include but are not limited to stroke, soft tissue and disk injury, rib fractures, physical therapy burns, and cerebrovascular accident. I furthermore would like to add that it is not uncommon to experience soreness after an adjustment if you have never sought out this type of treatment before.

I hereby give consent to Optimum Chiropractic & Health Center, LLC its employees and/or contracted personnel to render treatment to myself and/or my child (or child under guardianship). This includes all necessary examinations, treatment and any other related procedures necessary to provide proper chiropractic care. I understand that treatment will be based on the specialist best professional judgment.

### Español

*Cada tipo de procedimiento médico conlleva un cierto nivel de riesgo. Esto no excluye la atención quiropráctica. Sentimos que es nuestro deber informar a todos los pacientes que entran por nuestras puertas buscando nuestros servicios acerca de los posibles problemas que se asocian con la quiropráctica salud. Por lo tanto, usted puede tomar una decisión informada si desea seguir adelante con su tratamiento.*

*¿Qué es un ajuste? Un ajuste es un procedimiento en el que los especialistas capacitados utilizan sus manos, mesa de mecánica, o un pequeño instrumento portátil de mano para aplicar una fuerza repentina controlada a una articulación vertebral. El objetivo del ajuste de la quiropráctica o manipulación espinal es corregir la alineación estructural, mejorar la función / movilidad física de su cuerpo.*

*Nuestra oficina puede utilizar personal capacitado para ayudar a nuestro especialista con porciones de consulta, exámenes, procedimientos radiológicos y modalidades de tratamiento. A veces, cuando su médico no está disponible, puede ser visto y / o tratado por otro médico. Si usted decide que no quiere ver al especialista asignado, por favor, deje saber a nuestro personal inmediatamente y vamos a cumplir con su petición. Haremos todo lo posible para que se sienta a gusto durante todo el curso de su tratamiento. Por favor, asegúrese de comunicarse siempre con su médico si tiene alguna pregunta o inquietud. Si en cualquier momento durante su tratamiento nos encontramos con un dictamen de extracción no quiropráctica, le informaremos de esta circunstancia y recomendaremos el buscar los servicios de otro profesional de la salud.*

*Riesgos descrito ligeras asociadas con la quiropráctica incluyen, pero no se limitan a, derrame cerebral, tejido suave y lesión del disco, fracturas de costillas, quemaduras de terapia física, y accidente cerebro vascular. Yo, además, me gustaría añadir que no es raro experimentar dolor después de un ajuste si usted nunca ha buscado este tipo de tratamiento antes.*

*Por la presente doy mi consentimiento a Optimum Chiropractic & Health Center, LLC sus empleados y / o personal contratado para hacer el tratamiento para mí y / o mi niño (o el niño bajo tutela). Esto incluye todos los exámenes necesarios, el tratamiento y otros procedimientos relacionados necesarios para proporcionar el cuidado quiropráctico adecuado. Entiendo que el tratamiento se basará en el especialista mejor juicio profesional.*

Patient Signature (Firma) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT (Autorización y Asignación)**

I \_\_\_\_\_ hereby authorize Optimum Chiropractic & Health Center, LLC and it's designated employees to furnish my attorney(s) and/or insurance company named below, copies of medical reports requested in reference to all illnesses and/or injuries sustained to me, or my child(ren), including but not limited to, the injury(ies) which were sustained on \_\_\_\_\_.

In exchange for furnishing such reports, I do hereby irrevocably assign to you, and do hereby authorize and direct said attorney(s) and/or insurance company to pay to you there from, the proceeds of any recovery in my claim or case to the extent of all your charges for services rendered [also including, for reports, conferences, preparation for testimony, depositions and court testimony as an expert witness], whether said proceeds are received as a result of compromise, collection of judgment, or monies received in the form of PIP, med-pay, no fault, or any other insurance policy. Furthermore, I do hereby specifically agree to permit, and do hereby authorize and direct, any additional, future, new or other succeeding attorney(s) or other representatives of mine, or of my child(ren), to do the same.

I hereby agree to, and do hereby, waive the defense of the statute of limitations as it pertains to any claim filed against me beyond three (3) years (or other statutory period) after the date services were rendered. I understand and agree that this assignment and authorization in NO way relieves me of my personal, primary responsibility to pay my physician for such services and payment for such services is NOT contingent upon recovery in my claim or case.

Furthermore, in the event my account is placed with an attorney for collection, I agree to pay all costs incurred in the collection of these charges including court costs and all attorney fees. I agree to all of the above terms and, further, authorize, request and direct my attorney to comply with the terms numbered 1-6 below.

**Español**

Yo \_\_\_\_\_ autorizo Optimum Chiropractic & Health Center, LLC y sus empleados designado a presentar mi abogado(s) y/o compañía de seguros nombrada a continuación, las copias de los informes médicos solicitados en referencia a todas las enfermedades y/o lesiones sufridas a mí, o a mi hijo(s), incluyendo, pero no limitado a, la lesión(es) que se sustenta en \_\_\_\_\_.

A cambio de mobiliario tales informes, que por este medio irrevocablemente cedo a usted, y por este medio autorizo y dirijo, dijo abogado(s) y/o compañía de seguros a pagar a partir de allí, el producto de la recuperación en mi reclamo o causa al alcance de todos los cargos por los servicios prestados [incluyendo también, para los informes, conferencias, preparación de testimonios, declaraciones y testimonios judiciales como perito], si dicho producto se reciben como resultado de un compromiso, la recogida de juicio o dinero recibido en la forma de PIP, med-pay, sin culpa o cualquier otra póliza de seguro. Por otra parte, me comprometo específicamente para permitir, y por este medio autorizo y dirijo, cualquier abogado adicional, futuro, nuevo o de otro tipo siguiente(s) u otros representantes de la mía, o la de mi hijo(a) a hacer lo mismo.

Yo estoy de acuerdo con, y por este medio, renuncio a la defensa de la ley de prescripción en lo que respecta a cualquier reclamación presentada contra mí más allá de los tres (3) años (u otro plazo legal) después de que se presten los servicios actuales. Entiendo y acepto que esta asignación y autorización de ninguna manera me alivia de mi personal, la responsabilidad fundamental de pagar mi médico para este tipo de servicios y el pago de tales servicios no depende de la recuperación de mi reclamo o caso.

Además, en el caso de que mi cuenta se coloque con un abogado para su cobro, acepto pagar todos los gastos incurridos en el cobro de estos cargos, incluyendo los costos judiciales y los honorarios de abogados. Estoy de acuerdo con todos los términos anteriores y, además, autorizar, solicitar y dirigir mi abogado para cumplir con los términos numerados 1-6 abajo.

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**The undersigned [attorney(s) or insurance company] agree(s) to:**

1. Comply fully with the above "Authorization and Assignment"
2. Withhold and pay from any proceeds from settlement, collection of judgment, PIP, med-pay, or other insurance proceeds the amount of the doctor's office for a current balance;
3. Advise within ten (10) days of the doctor's request, the status of the above-referenced claim;
4. **Notify the doctor immediately of any change in the status of the claim which may preclude payment of the doctor's charges;**
5. Require any attorney to whom the undersigned refers this case, within or outside the firm, to honor this assignment as a condition of referral; and,
6. Furnish home and work address information about the patient or family to aid in the collection of the bill.

**Insurance Company** \_\_\_\_\_ **Law Firm** \_\_\_\_\_

**Signature of Authorized Representative** \_\_\_\_\_

**Signature of Attorney** \_\_\_\_\_

**Medical Lien & Authorization to Pay Physician Directly**

I hereby instruct and direct my attorney, Med-Pay/PIP insurance, settling (third party insurance) company to pay my treating doctor at **Optimum Chiropractic & Health Center, LLC** directly for services rendered. The check should be mailed to:

7700 Little River Turnpike #102 Annandale, VA 22003.

Por la presente ordeno y dirijo mi seguro y/o asentamiento (seguro contra tercera persona) empresa para pagar mi médico tratante en **Optimum Chiropractic & Health Center, LLC** directamente por los servicios prestados. El cheque debe ser enviado por correo a:

7700 Little River Turnpike # 102 Annandale, VA 22003.

**Patient Name** (Nombre del Paciente): \_\_\_\_\_

**Med-pay/PIP Insurance** (Seguro para Medpay/PIP): \_\_\_\_\_

**Claim Number** (Número de Reclamación): \_\_\_\_\_

**Third Party Insurance** (Empresa de asentamiento): \_\_\_\_\_

**Claim Number** (Número de Reclamación): \_\_\_\_\_

**Please read the following statements below and initial.**

(Por favor, lea las siguientes afirmaciones a continuación y inicial.)

\_\_\_\_\_ I understand that I am legally responsible for all charges incurred during my treatment. In case of an unexpected outcome, it in no way alleviates me of my monetary responsibility. (Entiendo que soy legalmente responsable de todos los gastos incurridos durante mi tratamiento. En caso de un resultado inesperado, que de ninguna manera me alivia de mi responsabilidad monetaria.)

\_\_\_\_\_ This is a direct assignment of my rights and benefits under these policies. I have agreed to pay any outstanding balance with Optimum Chiropractic & Health Center, LLC regardless of the outcome of the settlement and/or judgment. (Esta es una asignación directa de mis derechos y beneficios de acuerdo con estas políticas. He accedido a pagar cualquier saldo pendiente con Optimum Chiropractic & Health Center, LLC, independientemente del resultado del asentamiento y/o juicio.)

A photocopy of this Assignment shall be considered as effective and valid as the original. (Una fotocopia de esta asignación se considerará tan efectiva y válida como el original.)

I also authorize the **release** of any information pertinent to my case to Optimum Chiropractic & Health Center, LLC and their attorney. (También autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a Optimum Chiropractic & Health Center, LLC y su abogado.)

**Patient Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)